

# Patientenanmeldung

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Hausarzt \_\_\_\_\_

Unser Kleingedrucktes:

1. Die Behandlungen erfolgen ausschließlich nach vorheriger Terminabsprache mit Ihnen. Sollten Sie nicht pünktlich erscheinen, so kann keine Behandlung garantiert werden.

2. Ohne Vorlage eines gültigen, korrekt ausgefüllten Rezeptes und ggf. der notwendigen Genehmigung durch die Krankenkasse, können wir nicht tätig werden. Überprüfen Sie auch, ob Ihre Mitgliedsangaben zur Krankenkasse noch aktuell sind. In der Zeit, in der Rezeptdaten geändert oder nachgetragen werden müssen, trägt der Patient die Zahlungsverpflichtung für die geleistete Behandlung. Dies gilt auch bei Verweigerung zur Kostenübernahme oder Nichterstattung durch die Krankenkasse.

3. Wenn Sie einmal einen Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie bitte persönlich oder telefonisch mindestens 24 Stunden vorher ab. Abgesagte Termine per E-Mail oder SMS / Handy Kommunikator werden nicht wahrgenommen. Nicht mindestens 24 Stunden vorher abgesagte Termine werden Ihnen privat in Rechnung gestellt. Die Höhe der Ausfallgebühr bemisst sich dabei nach den z.Zt. für die Behandlung geltenden Vergütungssätze.

4. Physiotherapeut darf im Notfall vom vereinbarten Termin abweichen oder verschieben.

5. Das Parken auf unseren Praxisparkplätzen geschieht auf eigene Gefahr.

6. Für Garderobe oder Wertgegenstände wird keine Haftung übernommen.

7. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch Therapeuten sowie der Weitergabe der Daten an Dritte Fachpersonen einverstanden bin. Ich bin mir möglicher Risiken des Datenaustausches von besonders schützenswerten Personendaten (mögliche Einsicht von unberechtigten Dritten bei unsicheren Kommunikationswegen) sowie meiner Rechte bewusst und gebe mein Einverständnis für den gegenseitigen Kontakt. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation (z.B. @physio-hin-Adresse zu Empfängeradresse wie @bluewin.ch, @gmail.com etc.) erfolgen. Ich gebe mein Einverständnis, dass meine Daten durch den Softwareanbieter abgelegt und durch dessen Schnittstelle ein Datenverkehr mit dem zuständigen Kostenträger (Krankenkasse des Schweizerischen Gesundheitssystems) stattfinden kann, um eine möglichst adäquate Behandlung sowie Abrechnung anzubieten.

8. Diese Patientenanmeldung gilt, bis zum Widerruf, für alle weiteren Verordnungen.

Datum/Unterschrift des/der Behandelten bzw. Erziehungsberechtigten

---